Lane Medical Libra

Beiträge

zur

Ovariotomie in der Schwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 14. Juli 1900, Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Kuno Waehmer

approb. Arzt

aus **Halberstadt.**

Referent: Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:

Herr **G. Volkmann,** Arzt.

Herr **C. Rechenbach,** cand. med.

Halle a. S.

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1900.

Imprimatur:

Prof. Dr. **v. Hippel**

h. t. Prodecanus.

Dem Andenken meines lieben Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0218

Die vorliegende Arbeit will sich darauf beschränken, die Zahl der in den beiden letzten Jahrzehnten allerdings schon bis zu einigen Hunderten angewachsenen Operationsberichte von Ovariotomien in der Schwangerschaft durch einige Krankengeschichten zu vermehren, an der Hand dieser auf die oft recht erheblichen diagnostischen Schwierigkeiten hinzuweisen, schliesslich und namentlich aber durch Aufstellung neuer statistischer Tabellen die früher mitgetheilten zu vervollständigen und zu bestätigen.

Für die hier folgenden Krankengeschichten hatte Herr Professor Fehling die Güte, mir nicht nur das klinische Journal zur Verfügung zu stellen, sondern auch grösstentheils die Nachuntersuchung der Patientinnen und die Beiwohnung bei den Operationen in fürsorglichster Weise zu ermöglichen. Hierfür sowohl, wie für die Anregung zu dieser Arbeit und die reiche Unterstützung durch Litteratur, kann ich mir nicht versagen, gleich an dieser Stelle Herrn Professor Fehling meinen wärmsten und ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

I. Fall. Gyn. Journ. 1899 No. 52.

Frau B. D. 34 Jahre alt, von gesunden Eltern. Sie hat vom 15.—20. Lebensjahr an Bleichsucht gelitten. Regel schwach und nicht mit Schmerzen verknüpft, zum ersten Mal im 15. Jahre, regelmässig alle 4 Wochen von 2—3 tägiger Dauer. Letzte Regel vor 6 Wochen. Frau D. hat 4 mal ohne Kunsthülfe geboren, zum letzten Male 2. 10. 1898. Wochenbetten ohne Fieber. Aufgenommen in die hiesige Klinik 30. 4. 1899.

Seit November 1898 bemerkt Patientin Druck in der linken Unterleibsseite, der namentlich beim Bücken und Pressen stärker wird, beim Aufrechtstehen schwindet. Seit December 1898 ist Patientin wieder menstruirt, aber jetzt in grösseren Pausen — alle 6 Wochen. Beim Stuhlgang und Wasserlassen hat sie keine Beschwerden. Der Arzt constatirte eine Geschwulst und schickte Patientin in die Klinik.

Status: Patientin ist von gracilem Körperbau und mittleren Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Im linken Hypogastrium findet sich ein faustgrosser, prallelastischer, aber ziemlich derber, ungemein beweglicher Tumor, welcher sich bis ins linke Mesogastrium nach oben verschieben lässt.

Der Damm ist durch einen alten Dammriss verkürzt. Die vordere Scheidenwand zeigt deutliche Blaufärbung. Portio steht normal. Der Uterus steht in Anteflexion reklinirt; links neben und vor ihm der oben beschriebene Tumor. Beim Verschieben des Tumors nach oben folgt der Uterus in seine normale Lage zurück. Dieser ist weich und gänseeigross. Parametrium und Douglas o. B.

Das rechte, auffallend kleine Ovarium ist vor der rechten Synchondrosis sacroiliaca fühlbar, das linke wurde nicht gefühlt.

Blase, Urin und Rectum o. B.

Der erwähnte, auffallend bewegliche Tumor ist im Laufe der Untersuchungen bald im linken Mesogastrium, bald hinter dem Uterus im Douglas, bald links neben und vor dem Uterus fühlbar.

Diagnose: Tumor ovarii sinistri cum graviditate mensis II—III.

Operation: Die ungemeine Beweglichkeit des Tumors mit der drohenden Gefahr der Stieltorsion bei fortschreitender Schwangerschaft, sowie die Druckbeschwerden geben Indication zur linksseitigen Ovariotomie, welche am 3. V. 1899 ausgeführt wird und glatt verläuft. Die Operation bestätigt

die Diagnose: im linken Hypogastrium findet sich ein gut mannesfaustgrosser Tumor, welcher sich als ein mit Fett, Haaren und Knochenplättchen gefülltes Dermoid erweist.

Entlassungsbefund am 16. V. 1889: Narbe 11,5 cm lang, lineâr. Uterus mit seinem Fundus 2—3 Querfinger breit über der Symphyse, liegt normal.

II. Fall. Gyn. Journ 1899 No. 127 und Geb. Journ. 1899 No. 151.

Frau A. E., 22 Jahre alt, O para, aufgenommen 13. VI. 1899. Eltern und Geschwister gesund. Als Kind hatte sie Scharlach, sonst ist sie immer gesund gewesen. Menstruation seit dem 15. Lebensjahre, alle 6 Wochen 8 tägig, ohne bedeutende Beschwerden. Letzte Regel Ende November 1898, erste Kindsbewegungen Anfangs Mai 1899. Zu Anfang der Schwangerschaft Erbrechen. Sicher schon seit einem Jahre, vielleicht schon viel länger, soll der Leib stark gewesen sein. In der letzten Zeit starke Auftreibung des Leibes, dann Ödem der Unterschenkel und Athemnoth bei Bewegungen. Seit 5 Wochen ist Patientin bettlägerig.

Status: Kräftiger Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur und Fettpolster. Die untere Lungengrenze reicht vorn bis zur V. Rippe, hinten bis 1 Querfingerbreit unter die Scapulaspitze. Die Herzdämpfung wird mit dem Zwerchfell in die Höhe verschoben, sie reicht nach rechts bis zum linken Sternalrand, oben bis zum oberen Rand der II. Rippe. Über der Herzbasis Katzenschnurren. Über dem ganzen Herzen — am lautesten über der III. Rippe links — ein systolisches Geräusch. Puls bei 120 Schlägen regelmässig.

In dem colossal aufgetriebenen Abdomen fühlt man links über dem Poupartschen Bande einen grossen Kindestheil. Herztöne rechts. Kindesbewegungen hörbar.

Die Portio vaginalis steht ganz hinten, ist stark aufgelockert und etwa 2 cm lang. Cervix nicht durchgängig. Im vorderen Scheidengewölbe ein grosser Kindestheil.

Auf dem Abdomen eine halbmondförmige, tympanitische Zone nach dem Sternum zu, sonst überall Dämpfung, die

bei Seitenlagerung ihre Grenzen verschiebt. Bei Beckenhochlagerung bleibt zwischen Nabel und Symphyse Dämpfung. Die vorher gefühlten Kindestheile bleiben an ihrem Ort. Umfang des Leibes 123 cm.

Die Athembeschwerden sind nicht so hochgradig, dass sie zu einem sofortigen Einschreiten Veranlassung geben. Es erfolgt dauernde Beobachtung und wiederholte Untersuchung mit folgenden Befunden:

15. VI. Die Urinmenge beträgt in 24 Stunden 2000 ccm; kein Eiweiss. Allgemeinbefinden gut, alle Körperfunctionen in Ordnung, keine Temperatursteigerung.

17. VI. Bei den täglichen Untersuchungen lässt sich eine gut verschiebliche Dämpfung abpercutiren, deren Grenzen sich wie die einer Ascitesdämpfung verhalten. Der Fötus ändert wohl seine Lage, bleibt im Ganzen aber immer auf der linken Seite. Es gelingt nicht, das Kind oder Theile desselben nach rechts zu verlegen durch Druck von aussen oder durch Umlagerung.

Die innere Untersuchung zeigt die Portio ganz hinten, Cervix nicht durchgängig. Im vorderen Scheidengewölbe liegt der Kopf fast vor. Viel Fruchtwasser scheint nicht vorhanden.

Gründe zur Annahme eines Ascites sind nicht aufzufinden. Das systolische Geräusch am Herzen wird leiser und deutlich accidentell. Am wahrscheinlichsten wird ein schlaffer Ovarialsack angenommen.

Differentialdiagnostisch konnten noch in Frage kommen: Ascites oder Zwillingsschwangerschaft mit Hydramnion des einen Zwillings.

Gegen Ascites sprechen: die kugelige Form des Abdomens ohne Vorbauchung der seitlichen Partien, die Unveränderlichkeit der Leibesform bei Lagenwechsel, sowie die Unveränderlichkeit der percutorischen Erscheinungen nach Klang und Stärke des Tons; die Unmöglichkeit Undulationen hervorzurufen, das relativ lange Bestehen der Auftreibung; das relativ späte Auftreten von Ödemen; das

Fehlen von Erkrankungen des Herzens und der Leber oder von tuberculösem Grundleiden.

Unsicherer sind die Anzeichen, welche gegen Zwillingsschwangerschaft mit Hydramnion des etwa versal gelegenen Zwillings sprechen. Von letzterem wäre es ganz erklärlich, wenn man weder seine Theile fühlte, noch seine Herztöne hörte. Auch die sonst meist vorhandene Fluctuation im Bereich des Uterus könnte nicht zur Beobachtung kommen. Doch spräche wohl dagegen die Unverschieblichkeit der Frucht, die stets rechts hörbaren Herztöne und das Fehlen der Beobachtung von einer starken Spannung der Uteruswandung.

Für Ovarialtumor spricht ausser den oben angeführten negativen Symptomen: die fassförmige Auftreibung des Leibes, die Verschiebung der Lungen und Herzgrenzen. Ferner der Percussionsbefund: leerer Schall über den ganzen Leib, tympanitischer Schall nur in der Magengegend. Dazu die manuelle Verschieblichkeit der Dämpfungszone, während diese bei Umlagerung im Wesentlichen dieselben Grenzen behält. Schliesslich die Unmöglichkeit, das Kind oder Theile desselben nach rechts zu verlagern.

Zur Sicherung der Diagnose wird vom rechten Hypogastrium aus punctirt. Der Troicart dringt mit der Spitze in fibröses Gewebe. Es entleeren sich mit der Saugspritze etwa 100 ccm einer zähflüssigen, leicht opalescirenden Flüssigkeit. Bei der chemischen Untersuchung finden sich Glycoproteide, sodass mit Sicherheit Pseudomucin angenommen werden kann. (Ein Controlversuch mit Fruchtwasser und mit Ascitesflüssigkeit fällt negativ aus.)

Endgültige Diagnose: am 17. VI.: Kystoma ovarii dextri in graviditate mensis VIII.

Der Untersuchungsbefund am 2. Tage nach der Punction bestätigt die Diagnose noch weiter: Der Umfang des Leibes hat abgenommen.

Masse	am 13. VI.	am 19. VI.
Umfang des Leibes	123 cm	104 cm
Symphyse — Nabel	24 „	18 „
Nabel — Proc. ensif.	32 „	24 „

Wahrscheinlich hat sich die Ovarialcyste z. Th. entleert. Die Urinmenge ist nicht gestiegen. Im Urin kein Albumen.

Nach Sicherstellung der Diagnose erfordern die durch Dyspnoe bedingten Beschwerden ein Eingreifen.

Therapie: Ovariotomie dextra 21. VI. 1899. Die Operation bestätigt die Diagnose: im Abdomen findet sich fadenziehende helle Flüssigkeit, an Stelle des rechten Ovariums ein schlaffes, multiloculäres Ovarialkystom mit breitem, gefässreichem Stiel. Verlauf der Operation glatt und hinsichtlich des Allgemeinbefindens reactionslos.

In der Nacht vom 26.—27. VI. (33te Schwangerschaftswoche) traten Wehen ein. Das Unvermögen mitzupressen und die noch frische Laparotomiewunde geben Indication zur Zangenextraction, welche am 27. VI. 10^{35} p. m. bei II. Schädellage ohne Schwierigkeit ausgeführt wird. Nachgeburt o. B.

Das Kind ein Knabe von 41 cm Länge und 1600 gr Gewicht wird am Morgen nach der Geburt todt in der Wärmewanne aufgefunden. Die Section ergiebt keine Anhaltspunkte für die Todesursache.

Die Wöchnerin wird am 9. VII. 1899 mit folgendem Befund entlassen: Gutes Allgemeinbefinden, Laparotomienarbe fest, lineär, reizlos. Noch leicht blutige Lochien Uterus anteflectirt, gänseeigross. Rechtes Parametrium frei. Mit Bauchbandage entlassen.

Fall III. Gyn. Journ. 1899 No. 366.

Frau M. J. 22 Jahre alt, aufgenommen den 3. XII. 1899. Eltern und 9 Geschwister leben und sind gesund. In der Kindheit Masern. Im Januar 1898 wurde sie in der hiesigen Klinik wegen Bleichsucht behandelt. Menstruation zum ersten Mal mit 14 Jahren, unregelmässig alle 4—6 Wochen, 5—6 Tage dauernd, nicht stark manch-

mal sehr schmerzhaft. Letzte Regel vor 3 Monaten in gewohnter Stärke. Sie hat einmal geboren im Januar 189⁵. Geburt und Wochenbett o. B. Patientin stand am 9ten Tage auf und stillte 6 Monate selbst.

Seit dem Wochenbett hatte sie Schmerzen in der rechten Seite oberhalb der Beckenschaufel. Seit etwa $2^1/_2$ Monaten bemerkt sie in der rechten Seite eine Geschwulst, die in den letzten 3 Wochen bis zu Hühnereigrösse herangewachsen ist. Seit 4 Wochen soll etwas weisser Fluss vorhanden sein. Anfang November und am 2. XII. untersuchte eine Hebamme die Patientin. In der Frühe des 2. XII. waren heftige Schmerzen im Unterleib aufgetreten, von denen die Patientin aufwachte, ohne Erbrechen und Windverhaltung. Die Hebamme schickte sie in die hiesige Frauenklinik.

Status: Gracil gebaute, magere Frau von blasser Gesichtsfarbe. An der Tuberositas tibiae des linken Beins ein praller, fluctuirender Tumor von Gänseeigrösse, Kniegelenk frei. Im rechten Hypogastrium ein gut mannsfaustgrosser, beweglicher Tumor von derber Consistenz. An seiner Oberfläche einzelne vorgebuckelte Höcker. Getrennt von ihm über der Symphyse die Kuppe eines aus dem kleinen Becken heraufkommenden weicheren Tumors. Damm und Scheide o. B. keine Blaufärbung. Portio weich, leicht blau, liegt etwas hinter der Führungslinie. Uterus liegt mit seinem Fundus 2—3 Querfinger über dem oberen Symphysenrand, ist von weicher teigiger Consistenz. Parametrium und Douglas o. B. Linkes Ovarium nicht mit Sicherheit gefühlt. Anziehen der Portio mit Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft unterlassen, Blase, Urin, Rectum o. B.

Diagnose: Tumor ovarii dextri in graviditate mensis IV—V. Indication zum Eingreifen: Grösse des Tumors bei bestehender Schwangerschaft.

Therapie: Ovariotomia dextra 6. XII. 1899. Glatte Operation o. B. Keine Verwachsungen; langer, breiter

Stiel. Mannsfaustgrosses, nicht eröffnetes Dermoid. (Inhalt zeigt beim Eröffnen Fett, Haare, Knochenplättchen und Zähne.) Professor Fehling (Dr. Schrader).

Verlauf: ganz glatt. Keine Wehen oder stärkerer Abgang von Blut oder Schleim.

Entlassungsbefund: 23. XII. 99. Narbe lineär, 12 cm. Fundus uteri (bei etwas gefüllter Blase) 2 Querfinger unter der Nabelhorizontalen.

Während in den 3 bisher geschilderten Fällen die Diagnose Ovarialtumor in der Schwangerschaft entweder von vorneherein ohne Schwierigkeiten zu stellen war, oder, wie im Fall II, durch die Vornahme der Probepunktion und Nachweis der pseudomucinösen Flüssigkeit mit Sicherheit angenommen werden konnte, komme ich jetzt zur Wiedergabe von 2 Fällen mit Fehldiagnosen. Und zwar handelt es sich einmal um Diagnosticirung eines Hydramnions, während Ovarialtumor in der Schwangerschaft vorlag, das andre Mal um Annahme eines Ovarialtumors in graviditate, während sich bei der Operation Schwangerschaft mit Hydronephrose ergab. Es kann nicht meine Aufgabe sein, die Differentialdiagnose an dieser Stelle detailliert zu erörtern, da einerseits in den grösseren Lehr- und Handbüchern der Geburtshilfe dieselbe aufs Ausführlichste und in classischer Form besprochen ist, anderseits der in diesen Fällen speciell eingeschlagene Weg aus den Krankengeschichten selbst hervorgeht.

Fall IV. Geb.-Journ. 1897 No. 392. Gyn. Journ. 1897 No. 338.

Ledige M. S. I para, 27 Jahre alt. Eltern leben und sind gesund. Mit 17 Jahren Bleichsucht, sonst gesund. Menstruation seit dem 17. Jahre, unregelmässig, viel pausirend, einmal ein Jahr Pause. Vom 19. Jahre an regelmässig alle 4 Wochen, stark, o. B. Letzte Regel Anfang September 96. Kindesbewegungen nicht bemerkt. Anfang der Schwangerschaft etwas Erbrechen. Nach 6 Wochen ist angeblich der Leib sehr stark geworden,

bis Weihnachten allmählich weitere Zunahme. Sie konnte jedoch ihre Arbeit gut verrichten. Nach Weihnachten schnelle Zunahme, Anschwellen der Beine, Unmöglichkeit zu arbeiten, Schmerzen in der Seite, Athemnoth beim Liegen.

Aufnahmebefund 7. II. 1897: Grösse 162 cm, Schenkel stark ödematös, Muskulatur und Fett mässig entwickelt, Herztöne rein, Lunge o. B. Hochstand des Zwerchfells, keine bronchitischen Geräusche, Urin enthält abwechselnd Spuren von Eiweiss.

Äussere Untersuchung: Spinae 24, Cristae 30, Trochanteren 32, Conjugata externa 22 (wegen starken Ödems nicht sicher messbar.) Brust dürftig, Haut derselben straff, keine Striae. Warzenhof nicht pigmentirt, Warzenhofdrüsen spärlich. Warze rechts gut, links gespalten. Leib fassförmig, Umfang 130 cm, reichlich frische Striae. Symphyse-Nabel 24, Nabel-Proc. ensif. 35 cm.

Stand des Fundus am Processus ensiformis. Kopf und Rücken nicht durchzufühlen, ebensowenig grosse Theile und Steiss. Herztöne nicht zu hören. Aorten klopfen.

Innere Untersuchung: Äussere Genitalien stark ödematös, Scheide glatt, Portio konisch, hart. Äusserer Muttermund: Grübchen. Vorliegender Kindestheil nicht zu fühlen.

Weitere Untersuchungen in der Schwangerschaft:

7. II. 1897. Leib fassförmig aufgetrieben, Haut des Bauchs und Rückens stark ödematös, desgleichen der Beine und Schamlippen. In beiden Weichen tympanitischer Schall, bei Lagewechsel keine Änderung. Obere Grenze des gedämpften Bezirks am Processus ensiformis; deutliche Fluctuation im Bereich der Dämpfung. Kindestheile nicht fühlbar, Herztöne nicht hörbar, dagegen überall auffallend deutliches Aorten klopfen. Aus den Brüsten lässt sich Colostrum ausdrücken.

Diagnose: Hydramnion.

9. II. 1897. 8 h. a. m. Cervix wird mit Hegarschem Dilatator bis 20 11 gedehnt, er ist hart und unnachgiebig. Eingeführter Blasenstecher dringt mit ein. Es kommt zu-

nächst nur Blut, später auch Fruchtwasser, im Ganzen etwa $^1/_2$ Lt., aber erst nachdem das Os internum mittelst der gespreitzten Kugelzange gedehnt ist. Jodoformbepuderung der Portio. Cervix leicht mit steriler Gaze austamponirt.

10. II. 1897. Ödem der Genitalien hat erheblich zugenommen. Nur sehr geringer wässerig blutiger Abgang. Tastbefund äusserlich unverändert.

11. II. 1897. 10 h. a. m. Punction in der rechten Regio hypogastrica. Entleerung von 12 Lt., gelbgrüner, klarer klebiger Flüssigkeit. Nach der Punction fühlt man den Uterus 2 Finger breit unterhalb des Nabels, (etwa dem V. Monat entsprechend) vergrössert. Druckverband.

12. II. Fieberlos. Ödem der Beine hat abgenommen.

Geburt:

Wehenanfang: 12. II. 97 8 h. p. m. Dauer d. Eröffnungsz. 17 St. 45 M.
Blasensprung: 9. II. 97 8 h. a. m. „ „ Austreibungsz. 1 „ 15 „
(künstliche Frühgeburt.) „ „ Nachgeburtsz. – „ 45 „
Geburt des Kindes: 13. II. h. ^{45} p. m. Temperatur 37,3 Puls 120
Nachgeburt: 3 h. ^{30} p. m. Austritt der Nachgeburt: exspectativ, spontan.
Fruchtlage: unvollkom. Fusslage
Herztöne: nicht gehört Blutverlust: gering.
Wehen: anfg. spärl., spät. kräftiger. Verletzungen: keine.

Anzeige zur Hülfe: 1. Fehldiagnose Hydramnion
2. Bedrohliches Ödem der Vulva und Beine.

Verordnungen und Operationen: 1. Blasenstich
2. 11. Februar Punction des Ovarialtumors von den Bauchdecken aus.

Geburtsbericht:

12. II. 1897. Ödem der Genitalien stärker geworden; Diurese hat zugenommen; Nachts Wehenbeginn.

13. II. Nach rechts hinüber wieder obere Contouren eines Tumors zu fühlen. Der Uterus ist dicht über Symphyse durchzutasten. Man glaubt hier einen vorliegenden

Theil, den Kopf zu fühlen. 2^{40}h. wird das rechte Bein in der Vulva sichtbar, bald darauf Geburt eines frischtodten Knaben. Placenta spontan $^3/_4$ Stunden später. Keine Blutung.

Fruchtbefund: Länge 26 cm, Schwere 500 gr., Amnion fehlt, ebenso Chorion und Deciduazellschicht. Wenig Fruchtwasser.

Die Punktionsflüssigkeit enthält $7^0/_{00}$ Albumen (Esbach). Sediment ist mit der Zentrifuge nicht zu erhalten, Mikroskopisch nichts zu sehen, ausser kleinschollige Massen. Die Flüssigkeit giebt mit Wasser zusammen eine zähe Lösung. Mit Alkohol zusammen scheiden sich fadenartige, weissliche Niederschläge ab. Mit Essigsäure versetzt bleibt die Flüssigkeit klar (Pseudomucinproben). Die beim Blasenstich gewonnene blutig wässerige Flüssigkeit enthält ebenfalls $7^0/_{00}$ Albumen.

Durch die ventrale Punktionsöffnung läuft während des Abends über 1 Lt. Flüssigkeit ab. Aseptischer Verband.

14. II. Auch heute noch ziemlich erhebliches Nachsickern. Beine und Genitalien schwellen ab. Vermehrte Diurese (3 Lt.) Allgemeinbefinden gut. Nach rechts hinüber formirt sich wieder ein kugeliger Tumor. Bei Lagewechsel ändert sich der Schall.

16. II. Urinmenge immer noch 3 Lt. Ziemlich starkes Ödem der Bauchhaut und in der Umgebung der Punktionsstelle. Allgemeinbefinden gut. Spontaner Stuhl und Winde. Kein Aufstossen und Erbrechen. Ödem der äusseren Genitalien fast ganz zurückgegangen.

17. II. Abends $38{,}5^0$. Windverhaltung. Ödem der Bauchhaut stärker. Sublimatumschläge 1 : 3000. Glycerinklystier befördert Stuhl und Winde zu Tage. Patientin klagt über Schmerzen dicht über der Symphyse. Uterus nicht mehr zu fühlen.

18. II. Ödem der Bauchhaut rechts unverändert, Winde gehen. Keinerlei peritonitische Symptome ausser

Schmerzen über der Symphyse. Neben dem undeutlich durchfühlbaren Ovarialtumor ist noch deutlich freie Flüssigkeit nachzuweisen. Oleum Ricini.

19. II. 38^0 Morgens. Die Grösse der Geschwulst und Fieber geben Indication zur Operation.

Operation: 19. II. Nicht complicirte, linksseitige Ovariotomie. Multiloculäres Kystom mit colloidem Inhalt. Rechtes Ovarium normal, wird belassen.

Makroskopischer Befund: über mannskopfgrosse, schlaffe, ziemlich derbwandige multiloculäre Ovarialcyste mit gallartigem, klarem, pseudomucinösem Inhalt.

Entlassungsbefund 19. II. 97: Gutes Allgemeinbefinden. Geringes Schwächegefühl, Aussehen blass, Ernährungszustand herabgesetzt. Von der Incisionswunde ist noch eine 4 cm tiefe, gut granulirende Fistel übrig, die nicht mehr secernirt. Im rechten Parametrium noch eine geringe Resistenz; links nichts mehr zu fühlen. Uterus zurückgebildet, anteflectirt, Portio in der Führungslinie. Ausserer Muttermund geschlossen, kleine Einrisse. Im rechten Scheidengewölbe etwas derbe Resistenz. — Dem Arzt zur Weiterbehandlung empfohlen.

Fall V. Gyn. Journ. 1899 No. 303.

Frau E. B. 28 Jahre alt. Aufgenommen 28. X. 1899. Vater starb an Pericarditis, Mutter lebt und ist gesund. Vom 19. Jahre an war Patientin bleichsüchtig. Erste Menstruation im 15. Jahre, regelmässig alle 4 Wochen 4—5 Tage lang ohne Beschwerden. Im 19 Jahre eine Zeitlang unregelmässig, später wieder normal. Letzte Regel 28. Juni. Eine Geburt, am 6. I. 99, Zange, Wochenbett glatt; keine Aborte.

Seit der Entbindung im Januar befindet sich Patientin in ärztlicher Behandlung wegen eines Vorfalls und einer Geschwulst im Leibe. Der Leib soll schon früher vor der Verheirathung ziemlich stark gewesen sein und in den letzten Monaten der Schwangerschaft so stark, dass Patientin eine Leibbinde trug. Schmerzen hat Patientin dabei nicht

gespürt. Im April bekam sie Jodkali, worauf die Geschwulst geringer wurde. Diese trat dann im Juni wieder auf und ging auch auf Jodkali nicht mehr zurück; sie wurde in der letzten Zeit stärker, sodass Patientin auf Rath des Arztes die Klinik aufsuchte. Den Vorfall suchte der Arzt durch Einlegen eines Ringes zu stützen, aber ohne grossen Erfolg.

Status: Magere, blasse Frau. Herz, Lunge, Brüste o. B. Abdomen gleichmässig aufgetrieben durch einen intraabdominellen, in seinen Grenzen undeutlich fühlbaren, cystischen, sehr dünnwandigen, bis handbreit über den Nabel reichenden, etwas rechts liegenden Tumor. Bei Lageveränderung in den sonst tympanitischen Hypochondrien keine Veränderung. Rechtes Hypogastrium bleibt immer etwas gedämpft. Leibesumfang 87 cm, Nabel-Symphyse 17 cm, Nabel-Processus ensiformis 18 cm. Nabel-Spin. ant. sup. dextr. 17 cm sinistr. 18 cm.

Vulva klafft, beide Vaginalwände descendirt, Portio weich, gross, tief in der Führungslinie. Uterus entsprechend dem IV. Monat der Schwangerschaft, vergrössert, weich, anteflectirt nach links. Im rechten Parametrium ein derber Strang, Cyste nirgends deutlich zu fühlen. Anziehen des Uterus mit Rücksicht auf die Schwangerschaft unterlassen. Tuben und Ovarien nicht gefühlt. Blase, Urin, Rectum o. B.

Diagnose a. op.: Kystoma (parovarii?) dextrum. Graviditas mensis IV.

p. op.: Hydronephrosis dextra in graviditate.

Indication zur Operation: Grösse der Geschwulst, Zunahme der Beschwerden während der Schwangerschaft.

Operation: Transperitoneale Exstirpation des Hydronephrosensackes, Naht, Versenkung. — In Narcose und bei Beckenhochlagerung befindet sich der Tumor auffallend hoch, dem rechten Hypochondrium genähert. Mittelgrosser Bauchschnitt in der Mittellinie. Man sieht — ganz getrennt von dem mit normalen Anhängen versehenen Uterus — den von Bauchfell überkleideten Tumor sich einstellen. An seinem unteren Pol sitzt ihm das Colon ascendens an der Innenseite

auf, in dessen Mesenterium er ebenfalls entwickelt ist. Spaltung des Bauchfellblattes, stumpfe Ausschälung des retroperitoneal gelegenen, gut mannskopfgrossen Tumors. An der medialen Seitenwand desselben verläuft der ganz normal erscheinende Ureter. Beim weiteren Ausschälen reisst die Cystenwand ein, und es entleert sich reichlich strohgelbe, klare Flüssigkeit (Urin). Nach Abklemmen der Nierengefässe völlige Ausschälung des Cystensackes. Ureter und Nierengefässe mit Seide unterbunden, Sack durch 2 Reihen seroseröser Nähte vernäht, versenkt. Schluss der Bauchwunde wie sonst. Collodium gbd. Druckverband. (Professor Fehling 30. X. 1899.)

Makroskopischer Befund: Grosse, einkammerige, entleerte Cyste. Vereinzelte Bezirke der Sackwand bestehen aus flachem Nierengewebe. An der Stelle des ehemaligen Hilus noch mehrere stark erweiterte Calices.

Verlauf: glatt. Nierenthätigkeit der andern Seite bleibt ungestört. An den ersten 4 Tagen p. op. zeitweise wehenartige Schmerzen, mit etwas Schleimabgang ex vagina, niemals Blutabgang.

30. X. Urin spontan. 1. XI. Winde auf Glycerinklystier. 2. XI. Winde spontan. 3. XI. Stuhl auf. 8. XI. Nähte entfernt. Prima reunio.

Entlassungsbefund: Narbe lineär, 9 cm. Portio etwa $1^1/_2$ cm, weit durchgängig, Fundus in Nabelhöhe. Vordere Uteruswand anscheinend der vorderen Bauchwand adhärent. Mit verstellbarer Schwangerschaftsbinde entlassen.

Nach späteren Nachrichten rechtzeitige Geburt und Wochenbett gut verlaufen.

Nach Abschluss der Arbeit geht noch folgender Fall zu, welchen ich bei der folgenden statistischen Berechnung nicht in Anrechnung gebracht habe:

Fall VI. Gyn. Journ. 1899. No. 478. Frau M. S. 33 Jahr alt, aufgenommen 19. II. 1900.

Anamnese. Mutter an Schwindsucht gestorben. Sie selbst hat im Juni 1899 Lungenentzündung gehabt, sonst ist sie nicht krank gewesen.

Regel: erste mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 4—5 tägig, stark. Letzte Regel Mitte November 1899.

5 Entbindungen o. B., letzte im Mai 1898, Wochenbett o. B. Hat selbst gestillt.

Seit Anfang Januar 1900 hat sie ununterbrochen mit wechselnder Stärke stechende Schmerzen in der linken Unterleibsseite und im Kreuz. Ungefähr am 20. Januar sagte ihr der Arzt, sie habe eine Geschwulst in der linken Unterleibsseite. Die Geschwulst soll seither gewachsen sein, und der Leib an Umfang zugenommen haben, weshalb sie auf den Rath des Arztes hin die Klinik aufsuchte.

Stuhlgang ist angehalten, öfters Windverhaltung. Seit 4 Jahren besteht weisser Fluss.

Aufnahmebefund. Patientin ist blass und mager. Herz und Lunge o. B. Brüste o. B. Im untern Theil des Abdomens ist unter den Bauchdecken ein cystischer, bis 2 Querfinger breit unter den Nabel reichender, glatter, etwas beweglicher Tumor zu fühlen, von dem nach links hin ein zweiter Tumor abgetrennt ist durch eine von links oben nach rechts unten verlaufende Furche. Dieser ist kuglig, hart, beweglich, bis 3 Querfinger über die Symphyse reichend.

Vulva klafft. Schleimhaut livid. Vordere und hintere Vaginalwand descendirt. Portio 2 cm vor der Führungslinie. Uterus entsprechend dem III. Schwangerschaftsmonat vergrössert; sein Fundus stellt den von aussen sichtbaren linksseitigen Tumor dar.

Im Douglas ist der untere Theil der äusserlich sichtbaren cystischen Geschwulst zu fühlen, die mit ihrer unteren Kuppe bis in die Spinallinie reicht. Bei Narcose lässt sich der Tumor aus dem Becken schieben, fällt aber gleich wieder zurück.

Linkes Ovarium klein, hart, beweglich, links neben dem Uterus.

Urin o. E. u. Z. Blase und Rectum o. B.

Diagnose: Tumor ovarii dextri. Graviditas mensis III.

Indication zur Operation: Wachsthum, Einklemmung im kleinen Becken, Schmerzen.

Operation: 20. II. 00. Professor Fehling (Dr. Franz). Ovariotomie dextra. Bauchschnitt in der Medianlinie. Im Schnitt präsentirt sich der Uterus, rechts von ihm ein cystischer Tumor, über dessen vordere Fläche nach unten zu die Tube zieht. Tumor überall frei, reicht tief ins Becken; im Douglas einige leichte Adhäsionen, die mit der Hand gelöst werden. Bei der Entwicklung platzt der Tumor und entleert colloide, helle Flüssigkeit. Stiel breit. Abklemmung: die Klemmen kommen ziemlich nahe an den Uterus. Abtragung und doppelte Unterbindung mit Catgut. Isolirte Unterbindung der Gefässe. Gesammtligatur und fortlaufende Naht des Stumpfperitoneums mit Catgut. Linke Adnexe gesund; ein kleines Parovarialcystchen der linken Seite wird abgebunden und entfernt. Schluss der Bauchhöhle. Fortlaufende Naht des Peritoneums mit Catgut. Haut und Fascie wird mit Seide genäht. Airol Collodium Vbd. Druckverband.

Makroskopischer Befund: multiculäre Ovarialcyste mit glatter äusserer und innerer Wand.

Entlassungs-Befund 6. III. 00: Uterus vergrössert, weich, reclinirt. Portio geschlossen. Uterus seitlich durch kleinen, infiltrirten, nicht schmerzhaften Strang fixirt.

Ich lasse nunmehr eine Übersicht über 129 Ovariotomien in der Schwangerschaft folgen. In der ersten derartigen Zusammenstellung, welche Olshausen[1]) in seinem

1) Olshausen, Robert: Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1877.
„ „ Klinische Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart 1884.
„ „ Die Krankheiten der Ovarien. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke 1886 Liefrg. 58.

allgemein als grundlegend anerkannten Werke „die Krankheiten der Ovarien“ gab, konnte er bis 1877 nur 14 Fälle anführen, deren Zahl bis zum Jahre 1886 auf 82 stieg. Ausser kleineren neueren Aufzählungen gab eine erschöpfende Übersicht bis zum Jahre 1892 Dsirne[1]) in seiner Arbeit „die Ovariotomie in der Schwangerschaft.“ Er führt 135 einschlägige Fälle aus der gesammten Litteratur an und berechnet daraus die Sterblichkeit der Mütter auf 5,9%, die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft auf 22%.

Aus den 129 von mir zusammengetragenen Fällen, welche sämtlich in Dsirneschen Arbeit noch nicht enthalten sind ergiebt sich eine Unterbrechung der Schwangerschaft von 22,4% und eine Sterblichkeit der Mütter nach der Operation von 5%, wobei ich jedoch folgende 5 Fälle bei der Berechnung ausgeschlossen habe:

No. 36. Kaiserschnitt vor der Entfernung des Tumors; Mutter und Kind gesund.

No. 62. Kaiserschnitt. Mutter †, lebendes Kind.

No. 63. Ausräumung des Uterus wegen unstillbaren Erbrechens; Mutter gesundet.

No. 99. Cystocarcinom, Operation im X. Schwangerschaftsmonat; lebendes Kind, Mutter † nach 3 Monaten.

No.130. nach Abschluss der Arbeit zugegangen.

Mit Einschluss dieser Fälle beträgt die Sterblichkeit der Mütter 5,5%. Es ergeben sich also die Zahlen, welche ganz der Berechnung von Dsirne entsprechen.

Der citirte Autor bringt ausserdem noch in seiner Arbeit eine Zusammenstellung der Prognose der verschiedenen Schwangerschaftsmonate zu einander. Des besseren Vergleichs wegen will ich hier die beiden kleineren Dsirneschen Tabellen nochmals folgen lassen:

---

1) Dsirne: Die Ovariotomie in der Schwangerschaft. Archiv für Gynäkologie Bd. 42.

Monat der Schwangerschaft	Zahl der Operirten	Genesung der Operirten		Tod der Operirten	
		Zahl	%	Zahl	%
II	12	11	91,7	1	8,3
III	30	30	100,0	—	—
IV	21	20	95,3	1	4,7
V	11	9	81,5	2	18,2
VI	10	9	91	1	10
VII	6	6	100	—	—
VIII	6	5	83,3	1	16,7
IX	1	1	100	—	—

Monat der Schwangerschaft z. Z. der Operation	Zahl der operirten Fälle	Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft		Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft	
		Zahl	%	Zahl	%
II	11	6	54,5	5	45,5
III	28	24	85,7	4	14,3
IV	21	19	90,5	2	9,5
V	10	6	60,0	4	40,0
VI	11	7	63,6	4	36,3
VII	5	2	40,0	3	60,0
VIII	—	3	60,0	2	40,0
IX	—	—	—	1	100,0

„In dieser Tabelle haben diejenigen Fälle keine Aufnahme gefunden, wo der Uterus künstlich entleert worden war, oder die Kranke sehr bald nach der Operation starb, eine Ausstossung der Frucht aber noch nicht stattgefunden hatte.“

Demgegenüber giebt die Berechnung meiner Übersicht folgendes Resultat:

Monat der Schwangerschaft z. Z. der Operation	Zahl der operirten Fälle	Tod der Mutter		Schwangerschaft nicht unterbrochen		Schwangerschaft unterbrochen					
						Frühgeburt		Abort		Summe	
			%		%		%		%		%
II	14	—	—	12	85,7	—	—	2	14,3	2	14,3
III	26	2	7,7	22	84,6	—	—	4	15,4	4	15,4
IV	23	1	4,4	19	82,6	1	4,4	3	13,0	4	17,4
V	16	1	6,2	10	62,5	2	12,5	4	25,0	6	37,5
VI	5	—	—	4	80,0	—	—	1	20,0	1	20,0
VII	3	1	33,3	1	33,3	2	66,6	—	—	2	66,6
VIII	2	—	—	—	—	1	50,0	1	50,0	2	100,0
IX	1	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—
X	1	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—
Unbekannt	34	—	—	27	79,4	—	—	7	20,6	7	20,6
Summe	125	5	4	97	77,6	6	4,8	22	17,6	28	22,4

Während also Dsirne in einem der Schlussätze seiner Arbeit den Grundsatz aufstellt: „Die Ovariotomie giebt die besten Resultate für die Mutter im 2., 3. und 4. Schwangerschaftsmonat, für die Frucht im 3. und 4., möchte ich nach obiger Tabelle (indem ich von den Monaten mit geringer Operationszahl absehe) als höchst wahrscheinlich hinstellen, dass die Resultate der Ovariotomie in der Schwangerschaft für Mutter sowohl, als für die Frucht desto günstiger sind, je früher in der Schwangerschaft operirt wird.

Zum Schluss füge ich lediglich der schnelleren Übersicht wegen noch eine Tabelle der Resultate der doppelseitigen Ovariotomien an, da ich die Zahl derselben für zu gering halte, um daraus statistische Schlüsse ziehen zu können.

Monat der Schwangerschaft z. Z. der Operation	Zahl der operirten Fälle	Tod der Mutter		Schwangerschaft nicht unterbrochen		Schwangerschaft unterbrochen					
						Frühgeburt		Abort		Summe	
			%		%		%		%		%
II	1	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—
III	8	—	—	8	100,0	—	—	—	—	—	—
IV	3	1	33,3	2	66,6	—	—	1	33,3	1	33,0
V	2	—	—	1	50,0	—	—	1	50,0	1	50,0
VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unbekannt	1	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—
Summe	15	1	6,6	13	86,7	—	—	2	13,3	2	13,3

In Zusammenfassung des Resultats der hier wiedergegebenen Krankengeschichten und der aus der Litteratur zusammengetragenen Fälle möchte ich mir erlauben, noch auf zwei Puncte, die die Diagnose und Prognose betreffen, die Aufmerksamkeit zu lenken.

Die Fälle II, IV und V zeigen deutlich, dass selbst bei sorgfältigster Untersuchung durch sachkundigste Specialisten die Diagnose oft ganz erhebliche Schwierigkeiten bereitet, und dass in derartigen Fällen die physicalischen Untersuchungsmethoden allein nicht ausreichen, sondern man der neuerdings warm empfohlenen chemischen Untersuchung kaum entrathen kann.

Hinsichtlich der Prognose für die Kinder komme ich bei dem Mortalitätssatz von 22,4% zu folgendem Schluss: Wenn auch die von Pfannenstiel[1]) als allgemeine Regel aufgestellte Forderung als wohl begründet erscheinen mag, „dass man, sobald die Diagnose von Ovarialtumor bei Schwangerschaft gestellt ist, die Ovariotomie ausführen soll

1) Veit: Handbuch der Gynäkologie p. 489.

und zwar je zeitiger, desto besser, um Complicationen vorzubeugen“ — so erscheint anderseits die von Fehling[1]) dazu gegebene Beschränkung noch viel berechtigter, dass man nämlich, wenn noch keine Kinder in der Ehe vorhanden sind, oder sonst die Geburt eines lebenden Kindes von ganz besonderer Wichtigkeit ist, bei kleineren und mittleren Tumoren den Zeitpunkt der Operation bis nach der Geburt hinausschieben kann, da jedenfalls durch die Operation die Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung vermehrt wird.

1) ibid.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
1	Wilson. Gyn. Transact. 1881 Baltimore.	40jähr. Frau. Hat nach 8 Geburten 9 Kinder; jüngstes 2 Jahr.	Tum. ovar. dextr. Gravidit. mens. IV.	Ovariotomie.	Heilung.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.
2	Gusserow. Charité-Annal. 1884. Bd. IX cit. n. Schwan In.-Dissert. Heidelberg 1895.			Ovariotomie im V. Schwangersch. Mon.		Abort 19 Tage p. oper.
3	Marburger - Frauen-Klinik. Hintze In.-Dissert, Marburg 1891.	24jähr. II. grav. Letzte Geb. 1886 norm. Letzte Regel März 1888. Kindskopfgrosser Tumor, der sich über das Becken in die Höhe heben lässt.	Tum. ovar. sin. int. grav.	9. VI. 88. Ovariotomie.	Heilung.	6. XII. 88. Lebendes Kind.
4	Marburger Frauenklinik. ibid.	32jähr. IV. par. Normale Geburten, letzte Mai 88. Letzte Regel Februar 89. Schmerzen in der linken Seite und im Rücken. Weicher, faustgrosser Tumor bis zum Nabel reichend.	Linksseitiger cystischer Ovar. Tumor bei Retroversis uteri und Gravidität m. III.	5. V. 89. Ovariotomie. Keine Verwachsungen.	Heilung.	20 XI. 89. Spontane Geburt eines reifen, lebenden Knaben.
5	Ahlfeld. ibid.	37jähr. IV. p. Normale Entbindungen, letzte Oct. 89. Letzte Regel Apr. 90 Seit der letzten Entbindung Schmerzen im Leib und Kreuz. Praller 18 cm breiter Tumor, welcher die Symphyse um 16 cm überragt. Uterus vergrössert, weich und rückwärts gelagert.	Retroversio uteri gravidi, cystis ovarii sin.	27. VII. 90. Ovariotomie. Verwachsungen mit Darm und Netz, torquirter Stiel. Tumor gefüllt mit dunkelbraunrother Flüssigkeit.	Tod am 18. Tage p. oper. an Peritonit. septica.	Spontaner Abort am 6. Tage p. oper.

	Centralblatt f. Gyn. 1886 p. 855.		(Schwangerschaft vor u. während der Operat. nicht bemerkt.)	nosen, stielgedrehten Ovarial-Cyste.		normale Geburt.
7	Skene-Keath. ibid.			Exstirpation einer Dermoidcyste intra gravidit.		Schwangerschaft nicht unterbrochen.
8	Kehrer. Schwan. Inaug.-Diss. Heidelberg 1895.	24jähr. Frau, hat einmal geboren vor 1 Jahre. Seitdem Anschwellung des Unterleibs, starke Schmerzen. Letzte Regel vor 6 Monaten.	Tum. ovar. int. gravid. m. VI.	11. IX. 89. Laparotomie. Cyste gehört dem Parovarium an. Stiel $1^1/_2$ mal gedreht.	Heilung.	Normale Geburt am Ende der Schwangerschaft.
9	Kehrer. ibid.	24jähr. II. p. Letzte Regel vor 4 Mon. Bei der Aufnahme Peritonitis.	Tum. ovar. dextr. inter gravid.	15. II. 93. Laparotomie. Kystom von Kürbisgrösse.	Heilung.	Normale Geburt am Ende der Schwangerschaft.
10	Pozzi. Bandron Brit. gyn. Journ. XXXI p. 789; ref. Frommel 1891.			Ovariotomie int. gravid. m. III. Cyste des linken Ovariums, Stieldrehung.	Am folgenden Morgen nach dem Abort Exitus.	48 Stunden p. oper. Abortus.
11	Strassburg. Frauenklinik. Wachenheimer, In.-Diss. Strassburg 1890.	37jäh., elende Frau, 5 normale Geburten. Letzte Regel vor ca. 6 Monaten Mannskopfgrosser Tumor quer über dem Bauch und der rechten Kante des schwangeren Uterus.	Tum. ovar. Gravid. m. VII.	28. XI. 89. Laparotomie. Polykystom des rechten Ovar.	7. XII. Exitus an diffnser Peritonit.	1 XII. Ausstossung des Eis in toto. Kind lebt.
12	Berliner Frauenkl. Mathaei Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXI. p. 351.	28jähr. II. par.	Doppelseit. Dermoide. Graviditas m. V.	Ovariotom. sin. Resectio ovar. dextr.	Vollständige Heilung.	Nach 14 Tagen Ausstossung der Frucht unter sehr starker durch Placenta praevia bedingter Blutung.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
13	Bantock cit. n. Pick. Inaug.-Diss. Königsberg 1895.		Gravid. m. III Doppelseit. Dermoide.	Ovariot. duplex.	Heilung.	Normale Geburt am Schwangerschaftsende.
14	Montgommery. Am. journ. of obst. XXXI p 1084 cit. n. Pick. In.-Diss., Königsb. 1895.			Ovariot. dupl. int. gravid. m. III.		Rechtzeitige Geburt.
15	Lomer. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1890. p. 82.			Ovariotomia int. gravid. m. IV. Zweifaustgrosse Ovarialcyste.	Heilung.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.
16	Meredith. Br. med. Journ. 1892. p. 131.	25jähr. I. grav. Derber zweilappiger, mit dem Uterus fest verwachsener Tumor. Vor 8—9 Wochen ein Anfall von Peritonitis.	Gravid. m. III. Erkrankung eines oder beider Ovarien.	18. XI. 90. Exstirpation beider Ovarien im III. Schwangersch.-Mon. Ausgedehnte Verwachsungen Drainage. Beiderseits papillomatöse Ovarialcysten von zusammen 3 kg Gewicht.	Glatte Heilung.	Reifes Kind am normal. Schwangerschafts-Ende.
17	Meredith. ibid.	31jähr. Multipara. 6 Kinder, jüngstes 10 Mon. Letzte Regel vor 3 Monaten. Bedeutende Abmagerung. Cyste bis zum Nabel reichend, dahinter retrovertirt und nach rechts geneigt der Uterus.	Ovarialcyste in der Schwangerschaft wahrscheinlich des III. Mon	Ovariot. dupl. im III Schw.-Mon. Links multiloculäres Ovarialkystom, rechts Dermoidkystom.	Reactionslose Heilung.	Reifes, wohlentwickeltes Mädchen von 4,5 kg Gewicht am normalen Ende der Schwangerschaft.

	The Am. Journ. of obst. XXXIII cit. n. Hintze, Inaug.-Dissertat. Marburg 1891.	8 Monaten, puerperale Unterleibsentzündung, seitdem leidend. Hinter und unter dem Uterus, der wie ein im III. Monat gravider vergrössert ist, ein kokosnussgrosser fluctuirender Tumor.		des Kystoms und des andern in Adhaesionen eingebetteten Ovariums nebst der Tube.	op. Manie, nach 3 Tagen gehoben. Glatte Genesung.	am rechtzeit. Termin.
19	Aston. Bischoff, In.-Dissert. Halle 1891.			Ovariotomie in der Graviditat.		Schwangerschaft nicht gestört.
20	Coterell. Lancet London II. p. 880. cit. n. Pick.		Gravid. m. IV. Ovarialcyste.	Ovariot. dupl.	Tod nach 2 Tagen.	Abort.
21	Saenger. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1892 p. 669.		Gravidit. m. IV, kindskopfgrosse Cyste.	Ovariotomie.	2 Wochen p. op. leichte Pneum. Heilung.	Rechtzeitige Geburt.
22 bis 26	Lebedeff. Gordon, Inaug.-Diss. Petersburg 1891. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1894 p. 566.			5 Ovariotomien während der Schwangerschaft.		3mal Abort, wovon jedoch eine Pat. bereits 5 Aborte gehabt hatte und eine andere sich Mühe gab, künstlich Abort hervorzurufen.
27	Myars. Am. Journ. of obst. XXV. p. 239, ref Frommel 1892.	36jähr. Multipara.		Ovariotomie. 10 kg schweres Kystom.	Heilung.	Fortdauer der Schwangerschaft.
28	Polaillon. Münch. med. Woch.-Schr. 1893, p. 175.	29jähr. I. grav. Seit 6 Jahren starke, stets zunehmende Schwellung des Leibes mit wachsenden Beschwerden: Schmerzen, unstillbares Erbrechen, Fieber, Abmagerung.	Ovar. Kyst. int. gravid.	12. Jan. 92 Exstirpation beider Ovarien im III. Schwang.-Mon. Zahlreiche Verwachsungen.	Glatte Genesung	Normale Entbindung am Ende der Schwangerschaft.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
29	Rosenstein. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1892, p. 806	25jähr II. grav. Letzte Geburt vor $1^1/_2$ Jahr, letzte Regel Aug. 90. Vor einigen Tagen plötzlich starke Schmerzen im Leibe bei prall gespannten Bauchdecken. Später in der Medianlinie deutlich ein Tumor zu fühlen von Form und Grösse des im V. Mon. graviden Uterus.	Rupturirter, rechtsseitiger Ovarialtumor c. gravidit. oder rupturirte Extrauteringravidität.	Sondirung der Uterushöhle (um festzustellen, ob Extrauteringravid.) 8 Tage später 15. II. 1891 Ovariotomie. Der Tumor besteht aus einem soliden Theil und einem cystischen, welcher theilweise rupturirt war. Mikr. Bef.: Adenocarcinoma papillare.	Genesung	In der Nacht p. op. Geburt einer weiblichen 6 Mon. alten Frucht, die nach einigen Athemzügen stirbt.
30 bis 32	Riedinger. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1892, p. 444.			Drei Fälle von Ovariotomie bei Schwangerschaft, zwei bei Stieltorsion, einer bei subseröser Entwicklung.	In allen Genesung	drei Fällen Ungestörter Verlauf der Schwangerschaft.
33	Runge. Archiv für Gyn. XLI p. 99.	Multipara, normale Geburten ausser der 5., gesunde Kinder. Letzte Regel vor 3 Monaten. Rechts und links vom vergrösserten Uterus je ein Tumor.	Gravid. m. V. Rechtsseitig. Ovarialtumor Congenital verlagerte Niere.	30. I. 90. Ovariotomie. Keine Verwachsungen. Dermoidcyste.	Genesung	Künstliche Einleitung der Frühgeburt im X. Schw.-Mon. Gesundes, reifes Kind.
34	v. Braun. Weiss in Beitr. zur chirurg. Festschrift gewidmet Th. Billroth.	24jähr. Opar. letzte Regel vor 4 Mon. Seit dieser Zeit bemerkt Patientin eine kugelige Geschwulst im Unterleib, allmählich zunehmend.	Gravid. m. V. Tum. ovar. sin.	24. IV. 92. Laparotomie im V. Monat. Entfernung des linken Ovar. Keine Adhaesionen, Stiel $1^1/_2$ mal gedreht.	Heilung. Entlassung 15. Mai.	Vorläufig keine Wehen. 1. Juni spontane Frühgeburt. Lebendes Kind.

	ibid.	91. Uterus in Nabelhöhe, kindliche Herztöne. Abdomen stark aufgetrieb, druckempfindlich, faustgrosse, deutlich fluctuirende Geschwulst.	Cystischer Tumor (des recht. Ovar.) Peritonitis vermuthl. infolge Stieltorsion.	moid des rechten Ovar.		
36	v. Braun. ibid.	21jähr. im X. Monat Schwangere. Das hintere Scheidengewölbe durch eine prall gespannte, undeutlich fluctuirende, etwa gänseeigrosse Geschwulst tief herabgedrängt, darüber der kindliche Schädel.	Gravid. m. X. Cystisch. od solid. Tumor, wahrscheinl. einem Ovar. angehörig, im Douglas'schen Raum eingeklemmt	Vergebliche Repositionsversuche. Laparotomie. Da auch nach Hervorwälzung des Uterus der Tumor nicht zugänglich ist, conservativer Kaiserschnitt. Dann Entfernung eines kindskopfgrossen, ziemlich dünnwandigen Kystoms dem linken Ovarium entsprechend.	Heilung.	Frischer lebender Knabe, 48 cm lang, 2750 gr schwer.
37	Eberhard. Centr.-Bl. für Gyn. u. G. 1893. p. 47.	30jähr. II. grav. Menses 12 Tage länger, als normal ausgeblieben.	Tum. ovar. dextr. Gravidität nicht nachzuweis.	Ovariotomie. Dermoidcyste. Gravidität nicht nachzuweisen	Heilung. Verlauf ergiebt Schwangerschaft.	Spontane rechtzeitige Geburt.
38 bis 40	Kötschau. Centr.-Bl. 1893. p. 48			3 Ovariotomien in der Schwangerschaft.		Rechtzeitige Geburten.
41	Valeroni. Gaz. Med. di Torino 1893. Centr.-Bl. 1893. p. 982.		Gravid. m. VI. Linksseitiger Ovar.-Tum.	Ovariotomie. Viele Verwachsungen. Mehrkammeriges linksseitiges Kystom.		Rechtzeitige Geburt.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
42	Fancourt-Barnes. Centr.-Bl. 1893. p. 266.	31jähr. V. par. Acute Entzündungserscheinungen.	Ovarialtumor in gravid.	Im IV. Schw.-Mon. Exstirpation des Tum. mit Ausspülung der Peritonealhöhle. Zahlreiche Verwachsungen.	Heilung	Fortdauer der Schwangerschaft.
43	Kreutzmann. Am. Journ. of obst. 1892. No. 2. ref. Centr.-Bl. 1893. p. 494. dto. Frommel 92 p. 107.		Rechtsseitiges Ovarialkystom. Gravidit. m. II.	Ovariotomie im III. Schwangerschafts-Monat.	Glatte Genesung	Normale Geburt am Ende der Schwangerschaft.
44	Kreutzmann. ibid.		Rechtsseitiges Ovarialkystom.-Gravidit. m. II.	Entfernung eines multiloculären Ovarialkystoms mit torquirtem Stiel im II. Schwang.-Mon.	Glatte Genesung	Normale Geburt am Schwangerschaftsende.
45	Ruge. Flaischlen: zur Complic. der Schw. und Geb. etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1894. p. 48.	33jähr. Multipara. Vor 2 Jahren Drillinge. Letzte Regel vor 5 Mon. Beträchtlicher Umfang des Leibes, etwa dem Ende der Schwangerschaft entsprechend. Seit 6 Wochen leichte Blutungen. Uterus gravid 2 Querfinger unter dem Nabel. Im rechten Hypochondrium ein mannskopfgrosser Tumor.	Rechtsseitiges Ovarialkystom. intra graviditatem.	9. IX. 82 Ovariotomie im VII. Schwangersch. Mon.	Schnelle, glatte Heilung.	Partus praematurus 26. X. 82. Kind stirbt nach 9 Tagen an Lebensschwäche.
46	Ruge. ibid.	Multipara. Letzte Regel 24 XII. 79. Uterus in der 10. Woche der Gravidität retroponirt.. In der rechten Seite ein kindskopfgrosser beweglicher	Ovarialtumor in gravid.	28. II. 80. Ovariotomie.	Heilung.	Ausgetragenes Kind am Ende der Schwangerschaft.

	ibid.	¼ Jahre bemerkt Pat. einen Tumor im Leibe. Rechts von dem deutlich vergrösserten, weichen, retrovertirten Uterus ein kindskopfgrosser Tumor von glatter Oberfläche und prall elastischer Consistenz.	in gravidit.	d. Schwang.	tionslose Heilung.	der Schwangerschaft.
48	Flaischlen. ibid.	33 jähr. Multip. Letzte Regel Anf. Febr. 92. Hinter dem vergrösserten Uterus und rechts von ihm ein fluctuirender Tumor, der mit einem rechtsseitigen über den Nabel hinaus sich erstreckenden, cystischen Tumor in Verbindung steht.	Doppelseitiger Ovarialtumor in graviditate m. III	4. V. 1892 Doppelseitige Ovariotomie im III. Schwang. - Mon. Beide Tumoren sind Dermoide.	Reactionslose Heilung.	Lebender Knabe. Leichte Geburt am normalen Schwangerschaftsende.
49	Flaischlen. ibid.	24 jähr. O. par. Letzte Regel vor 2 Mon. Der Leib soll schon viele Jahre stark sein. Keine Beschwerden. Ueber dem retroflectirten vergrösserten Uterus ein über mannskopfgrosser cystischer Ovarialtumor.	Ovarialtumor Retroflexio uteri gravidi.	Ovariotomie im III. Schwang. - Mon. Uterus richtet sich von selbst auf.	Glatte Heilung.	Lebendes Kind am Ende der Schwangerschaft ohne Kunsthülfe.
50	Byford. Am. Journ. of obst XXVIII. p. 270. ref. Frommel 1893.	38 jähr. V. Gravid. mens. IV. klagt über Schmerzen seit der ersten Entbindung. Ovarialtumor seit einem Jahre constatirt. Operation erst im IV. Schwangerschafts-Monat gestattet.	Rechtsseitig. Ovarialtumor Gravid. m. IV.	Ovariotomie. Ausgedehnte Verwachsungen. Drainage. Dermoidkystom des rechten Ovariums.	Genesung	Schwangerschaft nicht gestört.
51	Frank. Centralbl. 1893. p 47.	32 jähr. IV. Gravid. Letzte Regel April 1893. Starke Schmerzen im Unterleib. Oedeme der Bauchdecken und der unteren Extremitäten. Starke Dispnoe.	Ovarialtumor Im August Schwangerschaft noch nicht nachgewiesen, erst Ende Sept.	Laparotomie. Zahlreiche Adhäsionen. Colloidflüssigkeit in der Bauchhöhle Cyste enthält ca. 18 Liter. Der im VI. Mon. gravide Uterus nach hinten comprimirt.	Fieberfreier Verlauf Heilung.	36 Stunden p. op. Kind ausgestossen, welches 12 Stunden lang lebt.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
52	Hall. The Am. Journ. of obst. XXX I. p. 425 ref. Frommel 1895.			Ovariotomie im IV. Schwangerschaftsmonat. Dünnwandiger Ovarialtumor.		Wehen p. op., aber kein Abort. Ausgetragenes Kind am normalen Termin.
53	Raether. Münch. med. Wochenschr. 1893. p. 175.	Gravida im II. Schwangerschaftsmonat. Heftige Schmerzen.		Laparotomie im II. Schwangersch.-Mon. Entfernung eines faustgrossen Ovarialkystoms.	In den ersten 24 Stunden p. op. einige Wehen. Heilung.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.
54	Delagénière. Arch. prov. de chir. cit. n. Pick, In.-Diss. Königsb. 1895.		Gravidit. Ovarialkystom schon vor der Gravidität achsengedreht	Ovariotomie.		Rechtzeitige Geburt.
55	Delagénière. ibid.			Salpingooophorektomia duplex. Hydrosalp. dextr. Haematosalp. sin. Pelveoperitonitis.		Rechtzeitige Geburt.
56	Delagénière. ibid.		Gravidit. m. V. Tum. ovar.	Ovariotomie.		Rechtzeitige Geburt.
57	Stratz. Centr.-Bl. 1894. p 831.	Schnell wachsende Ovarialcyste.	Gravid. m. IV. Einseitige Ovarialcyste	Ovariotomie.		Normale Geburt.

	Arch. d. tocol. XXI. p. 369.	Constitution. Letzte Geburt vor 6 Jahren. Bei der ersten und letzten Geburt acute Peritonitis. Letzte Regel vor 5 Monaten, Kindsbewegungen. Seit 3 Jahren Zunahme des Leibesumfangs, seit 3 Mon. dyspnoische Anfälle. Im Abdomen ein derber, rundlicher Tumor bis 2 Querfinger breit unter dem Nabel.	in graviditate	V. Schw.-Mon.	Genesung nach 15 Tagen	burt.
59	Jacobs. Centralbl. 1894. p. 1310.	Gravida, bei welcher vor 1 Jahre Perineoplastik und doppelseitige vaginale Hysteropexie ausgeführt wurde. Uterus gravid. antevertirt, hinter ihm eine schmerzhafte, fluctuirende Cyste.	Ovarialcyste in gravidit m. III.	Im III. Schw.-Mon. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes mit dem Thermokauter. Punction der Cyste. Hervorziehen des Sacks und Abtragung desselben.	Pat. steht am 5. Tage auf.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.
60	Magniagalli. Berl. klin. Wochenschr. 1894. p. 491.	36 jähr. VII. Gravida im IV. Monat.	Linksseitiges bis zum Proc. ensiformis reichendes Kystom.	Ovariotomie. Ausgedehnte Netzadhäsionen.	Heilung.	Part. praemat. m. VIII.
61	Magniagalli. ibid.	33jähr. IX. Gravid. im VI. Monat.	Kolossales linksseitiges Kystom 1. gr.	Ovariotomie.	Heilung.	Ungestörter Schwangerschafts-Verlauf.
62	Magniagalli. ibid.	24jähr. I. Grav. Ende des VII. Monats.	Rechtsseitige Ovarialcyste 1. gr.	Ovariotomie. Geplatztes, vereitertes, ligamentäres Kystom. Enucleation. Sectio caesarea, Entfernung des Uterus.	Tod an Shok an demselb. Tage.	Lebendes Kind.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
63	Magniagalli. ibid.	21jähr. II. Gravid. im II. Monat.	Rechtsseitiges Kystom von Kindskopfgrösse. i. gr.	Glatte Ovariotomie. Jedoch hört das schon vorher vorhandene Erbrechen nicht auf. Alle Mittel erfolglos. Deswegen Dilatation des Cervicalcanals und Ausräumung des Uterus. Im Cervicalcanal noch Eihautreste. Entfernung nach abermaliger Dilatation.	Erbrechen dauert an. Genesung	Ausräumung des Uterus
64	Magniagalli. ibid.	22jähr. II. Grav. im V. Monat.	Linksseitiges kopfgrosses Kystom. i. gr.	Ovariotomie.	Heilung.	Schwangerschaft nicht gestört.
65	Tocherning. Leop. Meyer: Svangerscab og Ovariecyste Ref. Frommel 94.	Gravida, heftige Schmerzen im Abdomen.	Vorher war anderseitig Extrauterinschwangerschaft diagnosticirt. Tocherning: Ovarialcyste mit Stieldrehung bei Uterinschwangerschaft.	Laparotomie. Cyste mit morschen, schwarzverfärbten Wänden.	Glatte Heilung.	Am 4. Tage p. op. Zwillinge von je 16 cm Körperlänge.
66	Altabas. El siglo med.					
67	XXXVII. cit. n. Schwan: In.-Diss. Heidelberg 1895.			2 Ovariotomien im II. u. III. Schwangersch.-Monat		Normale Geburten.

	[illegible] med. Woch. 1895 No. 48 u. Pick: In.-Diss. Königsb. 1895.	[illegible] ausgeblieben. Ziehende Schmerzen in der linken Unterbauchgegend.	cystische Ovarialtumoren Grav. m. V.	duplex im V. Schw.-Mon.		der Schwangerschaft.
69	Merkel. ibid.	36jähr. VI. par. Mit Beginn der VII. Gravidität geistige Störungen. Rechts neben dem Uterus gravid. ein kindskopfgrosser, sehr beweglicher, prallelastischer Tumor; links ein faustgrosser.	Gravid. m. IV. Rechtsseitig. stielgedreht. Ovar.-Tumor. linksseitige Parovarialcyste.	Ovariot. dextr. Resectio ovarii sinistri. Rechter Tumor $1\frac{1}{2}$ mal gedreht, blauschwarz verfärbt; links Parovarialcyste.	Völlige Heilung, Hebung der geistigen Störungen.	Normale, rechtzeitige Geburt eines lebenden, kräftigen Kindes.
70 bis 71	Page. Russkaj. med. XVIII. No. 19. ref. Frommel 1893.			2 Fälle von Ovariotomie während der Schwangerschaft.	Guter Ausgang für Mutter und Kind.	
72	Löhlein. Gyn. Tagesfragen H. IV. 1895 u. Winter: In.-Dissert., Giessen 1896.	34jähr. VI. para.	Grav. m. IV. Kindskopf grosse Dermoidcyste.	Ovariotomie.		Rechtzeitige Geburt.
73	Löhlein. ibid.		Ovar. Tumor in gravid.	Ovariotomie. Achsengedrehte Ovarialcyste.		Rechtzeitige Geburt.
74	Löhlein. ibid.	26jähr. II. par.	Grav. m. X. Orangegrosse Ovarialcyste.	Ovariotomie. Kystoma multiloculare sin.	Heilung.	Am Tage p. op. Geburt eines ausgetragenen Kindes.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
75	Giessener Frauenklinik. Winter: In.-Diss. Giessen 1896.	27jähr. II. par.	Ovarialtumor Gravid. m. II. bis III.	Ovariotomie.	4 Tage p. op. starke Blutungen, die Abort vermuthen lassen. Ausräumung. Heilung.	Abortus cervicalis.
76	Giessener Frauenklinik. ibid.	34jähr. V. para.	Ov.-Tumor Grav. m. II.	Ovariotomie. Kyst. ovar. dextr. multiloculare.	Heilung.	Fortdauer der Schwangerschaft.
77	Giessener Frauenklinik. ibid.			Ovariotomie.		Fortdauer der Schwangerschaft.
78	Landau. Pick: In.-Dissert. Königsberg 1895	16jähr. I. Grav. Letzte Regel vor etwa 6 Wochen. Hinter dem vergrösserten Uterus ein unbeweglicher, faustgrosser, praller Tumor, vom Uterus durch eine Furche getrennt. Links vor dem Uterus ist ein nicht ganz apfelgrosser, wenig beweglicher, weicher Tumor zu fühlen.	Ovar. Tum. i. grav.	10. I. 95. Ovariotomie. Rechtsseitiges einfaches Ovarialkystom. Stiel $^2/_4$ gedreht.	Heilung.	Schwangerschaft ungestört.
79	Allemand. Loire méd. 1895. p. 234. ref. Frommel 1896.		Dermoidcyste des Ovariums mit Schwangerschaft.	Ovariotomie.		Fortdauer der Schwangerschaft.

	Transact. of the obst. Soc. of Lond. XXXVIII. p. 101.		Ovarialtum. i. gr.	im IV. Schw.-Mon.		
81	Mangin. Arch. de Gyn. et Toc. XXIII. p. 629.	38jähr. V. par. Letzte Niederkunft vor 11 Jahren.	Ov.-Tum. in gravid. m. II.	Ovariotomie im III. Schw.-Mon. Linksseitiges gestieltes Dermoid.	Genesung	Geburt eines ausgetragenen Kindes am normalen Termin.
82	Morse. Transact. of the obst. Soc. of Lond. 1896 Juni.	30jähr. Multipara, am Ende des IX Mon. schwanger. Das Becken ausfüllender Tumor, der die Portio hinter die Symphyse drängt.	Ov.-Tumor i. gravid.	Ovariotomie. Der Tumor ging vom rechten Ovarium aus. Langer einmal gedrehter Stiel.	Genesung	Geburt 25 Tage p. op. am normalen Termin. Forceps.
83	Schaeffer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXVI, 218 u. Feilchenfeld: Berl. klin. Wochenschr. 1893 p. 44.	22jähr. I. grav. im VII. Mon. Keine Beschwerden. Tief und fest eingekeilter Tumor im kleinen Becken.	Rechtsseitig. Ov.-Tum. i. gr. m. VII.	6. II. 93 rechtsseitige Ovariotomie. Multiloculäres Ovarialkystom von Kindskopfgrösse.	Genesung	Am 7. Tage p. op. Ausstossung der Frucht (abgestorben).
84	Cortiguera. Ann. de obst. gin. y. pediatr. p. 41 u. 169. ref. Frommel 1895.		Grosse Dermoidcyste, Ascites, Graviditas m. IV.	Ovariotomie.		Fortschreiten der Schwangerschaft.
85	Duncan. Transact. of the obst Soc. of London XXXVI. p. 312.	30jähr. Multipara. Schmerzen im Unterleib, gelber Ausfluss. Während der letzten Jahre mehrere Aborte, letzter vor 4 Mon. Deutlich fühlbare Cyste, welche bei der Untersuchung durch einen Assistenten platzt.	Geborstene Ovarialcyste (Schwangerschaft nicht diagnosticirt)	Sofortige Laparotomie. Rechtsseitige geborstene Ovarialcyste. Vergrösserter schwangerer Uterus.	Heilung.	Abort am 4. Tage p. op.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation:	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
86	Hirst. The Am. Journ. of obst. 1895. p. 224. ref. Frommel 95.	III gravid., eine normale Geburt, Abort vor 10 Monaten; 2 Monate später leichte Schmerzen in der linken Unterleibsseite, welche sich nach dem Eintritt erneuter Schwangerschaft steigern. Nach einigen Wochen geringer Blutabgang.		Coeliotomie: Kokosnussgrosser Dermoidtumor hinter dem vergrösserten Uterus.	Heilung.	Keine Störung der Schwangerschaft.
87	Michie. The brit. gyn. Journ. XLII. p. 160.	22jähr. III grav. im III. Mon. Bekam Wehen und blutigen Ausfluss. Untersuchung ergab einen rechtsseitigen bis zum Nabel reichenden, fast das Becken ausfüllenden und fluctuirenden Tumor; einen linksseitigen, beweglichen, welcher deutlich Contractionen aufwies. An den beiden nächsten Tagen post expl. starkes Fieber, P. 156 und Erbrechen.	Tumor ovarii dextri. Gravidit. m. III.	Coeliotomie: Entfernung einer rechtsseitigen überall adhärenten vereiterten Ovarialcyste. Mehrmalige Drainage wegen Retentionserscheinungen.	Nach längerer Zeit Genesung. Nach 2 Jahren abermalige Coeliotomie wegen eines linksseitigen Ovarialtumors.	4 Stunden p. oper. Ausstossung der Frucht.
88	Michie. ibid.	Eine im IV. Mon. Schwangere erkrankt plötzlich an Schmerzen in der Gegend des Coecums; Schwellung daselbst und Fieber. Nach einiger Zeit war im rechten hinteren Viertel des Beckens Fluctuation nachzuweisen.		Coeliotomie: Perforation des Wurmfortsatzes und Abscessbildung in seiner Umgebung.	Genesung nach 3Wochen.	Spontane Geburt am richtigen Termin.

		linken Regio iliaca. Schmerzhafte Defäcation. Links hinter dem retrovertirten Uterus ein empfindlicher Tumor.		bänge.		
90	Michie. ibid.	40jähr. Multip. im V. Mon. schwanger. Seitdem Schmerzen im Becken. Glaubt von ihrem Manne gonorrhoisch inficirt zu sein. Abdomen sehr druckempfindlich. Douglas gespannt. Stark gelblicher Ausfluss aus der Vagina. Sofortige Operation verweigert, erst vier Tage später zugegeben, nachdem schwere Symptome eingetreten.		Coeliotomie: Entleerung grosser Mengen eitrig-seröser Flüssigkeit. Entfernung doppelseitiger Pyosalpinxsäcke, Ausspülen der Bauchhöhle mit warmen Wasser. Drainage	Während der ersten 2 Tage günstiger Verlauf, dann Abort. Acute Sepsis. Exitus am 6. Tage.
91 bis 94	Murphy. Lancet London I. p. 148. ref. Frommel 1895.			4 Coeliotomien bei Schwangeren.	Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
95	Morison. The brit. Gyn.Journ. XLI. ret. Frommel. 1895.	II gravid. im V. Monat.		Ovariotomie.	Heilung.	Normale Geburt.
96	Morison. ibid.	VII gravid. Letzter Partus vor 21 Monaten.		Entfernung doppelseitiger Ovarialdermoide im IV Monat der Schwangerschaft.		Ungestörter Schwangerschaftsverlauf.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für	
					Mutter.	Kind.
97	Rubeska. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. II, Heft 3.	32jähr. III gravid. 2 normale Geburten. Seit der letzten Geburt vor 4 Jahren Senkung des Uterus. Seit 5 Monaten Ausbleiben der Menses. Seit dieser Zeit lässt sich auch der Uterus nicht mehr reponiren.		11. VIII. 84. Ovariotomie. Adhäsionen des rechtsseitigen Ovarialkystoms mit der vorderen Bauchwand. Linkes Ovarium gesund.	Glatte Heilung.	Am 24. Tage p. oper. Wehen ohne nachweisbaren Grund. Geburt eines 28 cm langen, 1330 gr. schweren Mädchens, welches nach 7 Tagen stirbt.
98	Rubeska. ibid.	Gravida im Beginn der Schwangerschaft. Orangegrosse Dermoidcyste des linken Ovariums. 4 Monat später war der Uterus aus dem kleinen Becken bis 2 Querfinger unter den Nabel hinaufgestiegen und die Geschwulst lag links vom Uterus tief zwischen den Därmen und mit der vorderen Bauchwand gar nicht in Berührung.	Tumor ovarii in gravidit.	28. II. 95. Ovariotomie.	Glatte Heilung.	Fortschreiten der Schwangerschaft.
99	Rubeska. ibid.	28jähr. V gravid. 3 ausgetragene Kinder, ein Abort. Letzte Regel Februar, Kindsbewegungen Juli 1894. Die hintere Scheidenwand und das Scheidengewölbe herabgedrängt durch eine das Becken ausfüllende, grobhöckrige, unbewegliche Geschwulst, welche sich auch in Knieellenbogenlage nicht reponiren lässt.	Tum. ov. i. gravid. m. IX.	8. X. 94. Ovariotomie im IX. Schw.-Mon. Verwachsungen im Douglasschen Raum. Cystocarcinom des rechten Ovariums.	Zunächst Heilung. Tod 3 Mon. 10 Tage post operat.	Am 30. Tage p. op. spontane Geburt eines ausgetragenen Knaben.
100	Mc. Cone. Am. Journ. of obst. XXXVI. ref. Frommel 1897.	31jähr., früher schon punctirte Gravida mit VII. Menses seit 6 Monaten ausgeblieben. Rapides Schwellen des Leibes, starke Beschwerden.	Tum. ov. i. grav.	Ovariotomie. Multiloculäres Kystom des rechten Ovariums. Ascites.		Spontane Geburt eines ausgetragenen Kindes.

	bild.	nach der Entbindung häufig geboren. Wochenbett. Seitdem häufig Schmerzen in der linken Unterleibsseite. In dieser macht sich im December 1896 eine Schwellung bemerkbar, welche grösser und schmerzhafter wurde, sodass Pat. zu Bett liegen musste Da unregelmässige, 5—6 wöchige Blutungen dagewesen, wurde keine Schwangerschaft vermuthet, zumal andere für diese sprechende Erscheinungen fehlten.		tumor. Der Uterus in fixirter Retroflexion wird aus seinen Verwachsungen gelöst.		
102	Greifswalder Frauenklinik. Lachmann: In.-Dissert. Greifswald 1897.	33jähr. Frau mit Schwangerschaftszeichen. Bis 12 cm über dem Nabel ein weicher Tumor zu fühlen, der durch einen festen Strang mit einem zweiten, unterhalb des Nabels gelegenen (Uterus) zusammenhängt.	Dermoidcyste des rechten Ovariums in grav. m. IV.	29. IV. 93. Ovariotomie.	Heilung.	Spontane Ausstossung der Frucht nach 3 Tagen.
103	Greifswalder Frauenklinik. Bussak: In.-Diss. Greifswald 1894.	20jährige Frau. Krampfhafte Schmerzen. Oberhalb des Nabels ist die rechte Seite durch einen derben, kugeligen Tumor vorgetrieben.	Rechtsseitiger Ovarialtumor Gravidit. m. VI.	5. IX. 90. Ovariotomie. Der Tumor erweist sich bei mikrosk. Untersuchung als Sarkom.	Genesung	Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
104	Charité. Rosen: In.-Dissert. Berlin 1895.	30jähr. I par. Partus vor 2 Jahren, letzte Regel vor 3 Mon. Links neben dem vergrösserten Uterus ein über faustgrosser, kugeliger, elastischer Tumor, der frei beweglich ist und mit dem Uterus durch einen Strang zusammenhängt.	Linksseitiger Ovarialtumor Gravid. m. III.	Laparotomie 9. VI. 93.	Heilung.	Gravidität nicht unterbrochen.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
105	Charité. ibid.	35jähr. I para. Partus vor 5 Jahren. Letzte Regel vor 3 Mon. Schmerzen in der rechten Unterleibsseite. Ebenda ein rundlicher, beinah kindskopfgrosser Tumor zu fühlen.	Tum. ovar. dextri. (Gravid?)	18. VI. 94. Laparotomie.	Heilung.	Ausgetragenes Kind stirbt während der Geburt an Nabelschnurvorfall.
106	Charité. ibid.	36jähr. VIII para. 18 Aborte. Bei den meisten Geburten und Aborten ärztliche Hülfe. Letzte Regel vor 2 Mon. Fluor albus. Vor 14 Tagen wehenartige Schmerzen, Blutung, Schüttelfrost. Vor dem wahrscheinlich schwangeren Uterus ein kleinapfelgrosser, verschieblicher, gestielter Tumor.	Tum. ovar. in gravid. m. II.	23. XI. 93. Laparotomie. Beim Herausholen platzt der Tumor, Inhalt ergiesst sich zum Theil in die Bauchhöhle.	Heilung.	Abort am 27. XII. 93., nachdem schon 8 Tage vorher die Blase gesprungen.
107	Amand Routh. Transact of the obst. Soc. London. 1898. p. 217.	23jähr. I gravid. im IV. Schwangerschaftsmonat Ovarialcyste, welche sich nicht in die freie Bauchhöhle zurückbringen lässt.	Tum. ov. cum gravid.	Leichte Entfernung durch Kolpotomia posterior. Dermoidkystom.	Heilung.	Am 22. Tage, als sie entlassen werden sollte, Abort.
108	Robinson. ibid.			Coeliotomie. Entfernung einer Dermoidcyste im II. Schwangersch.-Mon		Abort wenige Stunden nach der Operation.
109	Malthe.			2 Fälle von Ovariotomie in der Schwangerschaft.		Einmal Abort 2 Monate p. op.
110	Gyn. of obst. Meddelel VII. 3 p. 288. cit. n. Schwan. In.-Diss. Heidelberg 1895.					

	Brit. Med. journ. Nov. 1889 p. 1054. cit. wie oben.			Schwangerschaft im II. und III. Mon. Bei der einen starke Verwachsungen, bei der andern Stieldrehung.		
113	H. R. Spencer. Transact. of the obst. Soc. of Lond. 1899. ref. in Schmidts Jahrb 1899, Heft 264.	22jähr. III. gravida im IV. Schwangerschaftsmonat. Ovarialtumor war schon bei der letzten Geburt constatirt. Einklemmungserscheinungen.	Tumor ovarii cum graviditate mens. IV.	Leichte Ovariotomie.	Genesung	Kind am normalen Schwangerschaftsende.
114	(Blazejczyk.) In.-Diss., Greifswald 1898.	Patientin hat vor 3 Jahren eine Geburt, vor 2 Jahren einen Abort durchgemacht. Seit 2 Jahren bemerkt sie eine Geschwulst im Leibe. Nachdem die Menses zweimal ausgeblieben waren, erkrankt die Frau plötzlich an Schmerzen im Leibe.	Rechtsseitig. Ovarialkystom und Tubargraviditat.	Laparotomie. Es findet sich rechts eine grössere, links eine kleinere Dermoidcyste und Gravidität.	Genesung	Am 3. Tage p. operation. Abort.
115	Noble. American. gyn. and obst. journ. for April 1899.	27jähr. Multipara von schlechtem Allgemeinzustand; seit 5 Mon. schwanger mit rechtsseitigem, grossem Ovarialtumor.	Gravida. mens. V. Tumor ovar. dextri.	17. V. 93. Ovariotomie.	18. VI. 93 als geheilt entlassen.	Lebendes Kind am normalen Schwangerschaftsende.
116	Noble. ibid.	21jähr. II. gravida von gutem Allgemeinzustand. Seit 3 Mon. schwanger. Kleiner rechtsseitiger Ovarialtumor.	Tumor ovar. dextri cum graviditate mens. III.	19. V. 93. Ovariotomie.	10. VI. 93 entlassen.	Schwangerschaft war nicht unterbrochen. Patientin führte selbst Abort herbei und starb an Blutvergiftung 6 Wochen nach ihrer Entlassung.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
117	Noble. ibid.	27jähr. Nullipara von gutem Allgemeinzustand, schwanger seit 6 Wochen; linksseitigerOvarialtumor, kleine rechtsseitige Parovarialcyste.	Graviditas mens. II. Tum. ovar. sinistr. et parovar. dextri.	7. VI. 95. Laparotomie. Entfernung der linksseit. Anhange und des Tumors, Ausschälung der rechtsseitigen Parovarialcyste.	Heilung. 2. VII. 95 entlassen.	Lebendes Kind am normalen Termin.
118	Noble. ibid.	29jähr. I. para. Schwanger seit 3 Mon. Linksseitiger Ovarialtumor.	Graviditas mens. III. Tum.ovar.sin.	1. III. 97. Ovariotomie.	Glatte Heilung Entlassen 27. III. 97.	Lebendes Kind am normalen Termin.
119	Boyd. ibid.			Ovariotomie in der Schwangerschaft.	Glatte Genesung	Nicht berichtet.
120	Fischel. Centralblatt 1898 p. 818.	28jähr. IV. para. Es finden sich 2 bewegliche Tumoren, einer im Douglas in Form und Grösse einer Niere, der zweite dem rechten Tubarwinkel aufsitzend. Vor Eintritt der Schwangerschaft konnten die (durch Einklemmung entstandenen) Schmerzen stets in Knieellenbogenlage beseitigt werden. Erst als im III. Monat der Gravidität die Schmerzen häufiger eintraten, willigte Patientin in die Operation.		Doppelseitige Coeliotomie. Entfernung der Tumoren gelingt leicht. Beides Dermoide.	Glatte Heilung.	Geburt am normalen Ende spontan.
121	Prior. Frommel 1898 p.512.			Exstirpation einer 700 gr. schweren Ovarialcyste im V. Schwangerschaftsmonat wegen Stieltorsion.	Heilung.	Rechtzeitige Geburt.

	Gravidanza compl. d. cirtoma ovarica. ret. Frommel 1898 p. 669.	mit einer Ovarialcyste von der Grösse eines kleinen Foetuskoptes.		sungen mit dem Peritoneum parietale des Netzes und mit dem Darm.	Verlauf	Schwangerschaftsende.
123	Breslauer. Frauenklinik Schiffer, In.-Diss Breslau 1890.	Gravida mens. IV.	Tum. ovarii cum graviditate.	Ovariotomie im IV. Schwangerschaftsmonat.	Befinden gut; hat drei mal nach der Operation geboren.	Nicht berichtet.
124	Kaltenbach. Gyn. Journal der Halleschen Frauenklinik 1890 No. 229.	25jähr. III. para. Erste und letzte Geburt durch Forceps. Letzte Geburt vor 2 Jahren, letzte Regel vor 3 Mon. Seit 2 Monaten Schmerzen im Unterleibe, Uebelkeit und Erbrechen. Portio durch einen faustgrossen Tumor nach links dislocirt. Uterus vergrössert und weich.	Tum. ovar. dextri bei bestehender Gravidität.	1. IX. 90. Ovariotomie. Uterus entspricht dem III. bis IV. Schwangerschaftsmonat. Der entfernte stielgedrehte Tumor erweist sich als Dermoid.	Heilung.	Normale Geburt am Ende der Schwangerschaft.
125	Kaltenbach. ibid. 1890 No. 293.	25jähr. O para. Heftige Schmerzen in der linken Seite. Vergrösserter Uterus. Kindskopfgrosser Tumor an Stelle des rechten Ovariums.	Cystis parovarialis dextra. Graviditas. mens. II.	Ovariotomie. Uterus imponirt als ein im II. Mon schwangerer.	Heilung.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.

No.	Operateur und Literatur.	Anamnese und Befund.	Diagnose.	Operation.	Erfolg für Mutter.	Erfolg für Kind.
126	von Herff. ibid. 1894, I. No. 380.	32jähr. VIII. para. Letzte Geburt vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, alle Wochenbetten glatt. Letzte Regel vor 6 Wochen. Schon seit 10 Jahren, nach der 3. Entbindung zunehmende Schmerzen im Unterleib, Seit $\frac{1}{2}$ Jahre Zunahme des Leibumfangs, besonders stark seit 10 Wochen. Stark vorgewölbtes Abdomen bedingt durch einen prallelastischen, deutlich fluctuirenden Tumor, der mit seinem unteren Abschnitt ins kleine Becken hineinragt, sich aber leicht aus demselben empordrängen lässt.	Kystoma ovarii sinistri multilobulare. Graviditas mens. II. bis III.	Ovariotomie. Nirgends Verwachsungen. Entleerung der grössten Theile des Inhalts der Cyste, Hervorziehen des Sacks, typische Unterbindung des nicht gedrehten Stiels. Uterus entspricht der 6. Schwangerschaftswoche.	Glatte Heilung.	Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
127	Fehling. ibid. 1899 No. 52.	34jähr. IV. para.	Tum. ovar. sin. in gravidit. mens. II. bis III.	3. V. 99. Ovariotomie. Dermoid.	Glatte Heilung.	Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
128	Fehling. ibid. 1899 No. 127.	22jähr. O. para.	Kystoma ovarii dextri in gravidit. mens. VIII.	21. VI. 99. Ovariotomie.	Glatte Heilung.	6 Tage post op. Wehen. Forceps. Lebendes Kind, † am nächsten Tage.
129	Fehling. ibid. 1899 No. 366.	22jähr. II. gravida.	Tum. ovar. dextri in gravidit. mens. IV.—V.	30. X. 99. Ovariotomie.	Glatte Heilung.	Schwangerschaft nicht unterbrochen.
130	Fehling. ibid. 1899 No. 478.	33jähr. VI. gravida.	Tum. ovar. dextri in gravidit. mens. III.	20. II. 00. Ovariotomie.	Glatte Heilung	Schwangerschaft nicht unterbrochen.

Lebenslauf.

Ich — Adolph, Hubert, Kuno Waehmer — bin geboren am 7. April 1863 zu Halberstadt als Sohn des damaligen Lieutenants Traugott Waehmer und seiner Gattin Elisabeth geb. Sasse.

Ich besuchte die Gymnasien zu Hildesheim und Göttingen, erhielt von letzterem das Reifezeugniss am 1. März 1882, diente zunächst in der Armee und schied 1895 als Premierlieutenant aus, um mich dem Studium der Medizin zu widmen.

Ich studirte die ersten 5 Semester und das 7—9. Semester in Halle a. S., das 6. Semester in Göttingen.

Am 31. Juli 1897 bestand ich das Tentamen physicum, am 8. Dezember 1898 das zahnärztliche Staatsexamen, am 29. Juni 1900 das Examen rigorosum, am 11. Juli 1900 das ärztliche Staatsexamen vor den betreffenden Prüfungscommissionen zu Halle a. S.

Thesen.

I.

Zur Sicherung der Diagnose „Ovarialkystom“ ist unter Umständen der Nachweis von Pseudomucin in der Punctionsflüssigkeit das einzig entscheidende diagnostische Hifsmittel.

II.

Bei Dacryocystoblenorrhoe ist die Exstirpatio sacci lacrymalis die einzig richtige Therapie.

III.

Durch starkes Tabakrauchen wird die Entwickelung der Zahncaries herabgesetzt.